



**Márcia Maria dos
Santos Moreira**

**Cuidado Centrado na Pessoa e Comunicação Não-
Verbal**



**Márcia Maria dos
Santos Moreira**

Cuidado Centrado na Pessoa e Comunicação Não-Verbal

Impactos de um programa educativo em cuidadores formais de pessoas com demência

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Daniela Maria Pias Figueiredo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação da Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

A todos nós, que envelhecemos.

o júri

presidente

Prof. Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão
Professora Adjunta na Universidade de Aveiro

Doutora Liliana Maria de Carvalho e Sousa
Professora Associada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Prof. Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo
Professora Adjunta na Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques
Professora Adjunta na Universidade de Aveiro

Agradecimentos

À Professora Doutora Daniela Figueiredo e à Professora Doutora Alda Marques que, de forma generosa e persistente, partilharam conhecimentos e experiências durante todo este processo de aprendizagem.

À Professora Vera Afreixo pela colaboração na resolução das questões estatísticas; à Ana Luísa Barbosa e à Joana Cruz que, incansavelmente, se disponibilizaram para apoiar na realização deste trabalho.

A todas as pessoas que estiveram envolvidas neste estudo, nomeadamente as cuidadoras formais e as pessoas idosas.

Aos colegas da turma de Mestrado em Gerontologia de 2011-2013, especialmente à Catarina, Elisabete, Sofia e Teresa, que me proporcionaram momentos marcantes de reflexão e crescimento.

Aos meus pais, Manuel e Ludovina, que são uma referência constante na minha formação humana. Ao Tiago, Isabel, António, Tomás e Xavier que contribuíram, de forma particular e única, para valorizar o empenho e dedicação que este trabalho mereceu.

palavras-chave

comunicação não-verbal, cuidados centrados na pessoa, cuidados matinais, cuidadores formais, demência, estimulação multissensorial e motora, intervenção educativa.

Resumo

Objetivos: Os cuidados centrados na pessoa (CCP) com demência são reconhecidos como cuidados de qualidade. A estimulação multissensorial (EMS) e motora (EM) apresenta resultados promissores na promoção da comunicação das pessoas com demência. O objetivo deste estudo exploratório foi analisar o impacto de um programa educativo baseado numa abordagem de CCP, e centrado na EMS e EM, na comunicação não-verbal de cuidadores formais de pessoas idosas com demência institucionalizadas, durante os cuidados matinais.

Métodos: Neste estudo de tipo quasi-experimental, analisou-se a comunicação não-verbal de cuidadoras formais (CF) de uma instituição com resposta social de lar, que participaram semanalmente em 8 sessões educativas de 90 minutos. Iniciou-se por recolher dados sociodemográficos e clínicos das pessoas com demência e das CF para caracterizar a amostra. De seguida, vídeo-gravações das interações cuidador-pessoa com demência foram recolhidas antes e imediatamente após a intervenção, durante os cuidados matinais. Foi construída uma lista de comportamentos não-verbais (etograma) para analisar os efeitos do programa, por dois observadores cegos à intervenção e ao momento de avaliação. O estudo da fiabilidade inter-observador foi realizado através do cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI (2,1)) para a fiabilidade relativa e da análise dos gráficos de dispersão de Bland and Altman para a fiabilidade absoluta.

Resultados: Participaram 18 CF, com uma média etária de 43.6 ± 10.5 , e 10 pessoas com demência, com média etária de 84.4 ± 7.6 . A análise de fiabilidade entre observadores apresentou resultados moderados a excelentes (CCI entre 0.453 e 1) e a inexistência de viés sistemático. Não se observaram resultados estatisticamente significativos entre os momentos pré e pós-intervenção, no entanto, verificou-se um ligeiro aumento do tempo médio de duração dos cuidados, da frequência da EMS e da EM, da duração do toque chamativo e diminuição da duração do silêncio. Para as restantes categorias, observou-se uma diminuição dos valores médios de frequência e/ou duração.

Conclusões: A tendência observada de aumento da EMS e EM e do toque chamativo, acrescida da evidência científica prévia acerca dos benefícios nas pessoas com demência avançada, levam à recomendação da sua integração nas práticas de cuidados pessoais nas instituições. Todavia, os resultados não permitem retirar conclusões robustas, pelo que se recomenda a replicação da intervenção em amostras mais alargadas, e com um desenho de estudo randomizado e controlado.

keywords

nonverbal communication, person-centered care, morning care, formal caregivers, dementia, motor and multisensory stimulation, educational intervention.

abstract

Background: Person-centered care (PCC) to people with dementia is recognized as a high quality care. The multisensory stimulation (MSS) and motor stimulation (MS) shows promising results in promoting the communication of people with dementia. The aim of this exploratory study was to analyze the impact of an educational program based on the PCC approach, and focused on MSS and MS, in the nonverbal communication of formal caregivers of institutionalized older people with dementia, during morning care.

Method: In this quasi-experimental study, the nonverbal communication of formal caregivers (FC) who have participated in 8 weekly educational sessions of 90 minutes was analyzed. Sociodemographic and clinical data of people with dementia and FC to were collected to characterize the sample. Subsequently, video recordings of the interactions caregiver-person with dementia were performed before and immediately after the intervention, during morning care. A list of nonverbal behaviors (ethogram) was constructed to analyze the effects of the program, by two observers blinded to the intervention and the evaluation point. The study of inter-observer reliability was performed by calculating the Intraclass Correlation Coefficient (ICC (2,1)) for the relative reliability and analysis of scatter plots of Bland and Altman for absolute reliability.

Results: Eighteen FC with a mean age of 43.6 ± 10.5 and ten people with dementia with a mean age of 84.4 ± 7.6 have participated. The ICC (2,1) showed a moderate to excellent reliability ranging from 0.453 to 1 and no systematic bias was observed. No statistically significant results between the pre and post-intervention were found, however, there was a slight increase in the average duration of care, the frequency of MS and MSS, the duration of the glitzy touch and a decrease in the duration of silence. For the remaining categories, a minor reduction in their frequency and/or duration was found.

Conclusions: The increasing tendency to use MS and MSS and glitzy touch, alongside with the previous evidence of the benefits in people with advanced dementia, suggest its integration into practical personal care routines in long-term care institutions. Nevertheless, the results do not allow any robust conclusions and so the replication of the intervention in larger samples, and through a randomized controlled trial design is recommended.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. Epidemiologia da demência e a necessidade de cuidados a longo-prazo	3
1.2. Os cuidados centrados na pessoa com demência e a importância da comunicação não-verbal.....	7
1.3. A estimulação multissensorial e motora na demência	10
2. OBJETIVOS.....	14
3. METODOLOGIA	14
3.1. Tipo de estudo.....	14
3.2. Participantes.....	15
3.3. Intervenção.....	15
3.4. Instrumentos de recolha de dados	17
3.5. Procedimentos de recolha de dados	18
3.6. Procedimentos de análise de dados.....	19
4. RESULTADOS.....	22
4.1. Participantes.....	22
4.2. Concordância entre observadores	23
4.3. Efeito do programa educativo no comportamento dos cuidadores formais.....	25
5. DISCUSSÃO.....	27
6. CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Sessões educativas.....	16
Tabela 2 – Estratégias de comunicação não-verbal e de EMS e EM.....	16
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das cuidadoras formais.....	22
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica das pessoas com demência.....	23
Tabela 5 – Resultado da concordância entre observadores – ICC e BA.....	24
Tabela 6 – Comunicação não-verbal e EMS e EM dos CF, antes e após a intervenção.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Gráfico de distribuição do teste de BA para a concordância entre observadores relativamente à categoria “duração do toque afetivo” antes da intervenção.....	25
--	----

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

BA - *Bland and Altman*

CCI – coeficiente de correlação intraclass

CCP – cuidados centrados na pessoa

CF – cuidadores(as) formais

DP – desvio-padrão

EM – estimulação motora

EMS – estimulação multissensorial

FC – *formal caregivers*

ICC – *intraclass correlation coefficient*

MS – *motor stimulation*

MSS – *multisensory stimulation*

PCC – *person-centered care*

SCPD – sintomas comportamentais e psicológicos da demência

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico tem sido acompanhado pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas na população idosa, particularmente as situações demenciais (Alzheimer's Disease International, 2009). Em 2010, o número estimado de pessoas com demência em todo o mundo era de 35.6 milhões, prevendo-se uma duplicação a cada 20 anos (Alzheimer's Disease International, 2012).

A demência, sendo uma condição complexa e progressiva, representa a maior causa de incapacidade e mortalidade nas pessoas idosas (Berg *et al.*, 2010; Berr, Wancata & Ritchie, 2005). De etiologia diversificada, a demência caracteriza-se pelo desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos, que incluem o comprometimento da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação do funcionamento executivo (APA, 2000).

Com a ocorrência progressiva de modificações a nível cognitivo, psicomotor, emocional e comportamental na pessoa com demência (Boustani, Peterson, Hanson, Harris & Lohr, 2003), a dependência de terceiros aumenta e surge, com frequência, a necessidade de institucionalização (Berr *et al.*, 2005; Bickel, 1996; Schneider *et al.*, 2002). Considerando a escassez de unidades de cuidados especializadas para as condições demenciais, esta situação coloca vários desafios às atuais instituições de cuidados a longo-prazo, nomeadamente, quanto à qualidade e adequação dos cuidados (Chenoweth *et al.*, 2009).

Nos últimos anos têm-se desenvolvido vários estudos com o objetivo de observar o efeito de intervenções educativas no aumento das competências dos cuidadores formais (CF) e na melhoria do bem-estar das pessoas com demência, que têm demonstrado efeitos positivos (Buchanan & Fisher, 2002; Coleman, 2010; DeYoung, Just & Harrison, 2002; Miyamoto, Tachimori & Ito, 2010; Romero & Wenz, 2001).

Relativamente à qualidade dos cuidados prestados a pessoas com demência, a abordagem de cuidados centrados na pessoa (CCP), apresentada por Tom Kitwood, tem-se desenvolvido e implementado, ao valorizar a experiência vivida das pessoas com demência

e enfatizar a importância da comunicação e dos relacionamentos (Kitwood, 1997). Assente na abordagem de CCP, o uso da comunicação não-verbal adequada, como complemento à verbal, é muito relevante sobretudo com pessoas com limitações da comunicação verbal (van Weert, van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe & Bensing, 2005a). A estimulação multissensorial (EMS) e a estimulação motora (EM) são uma forma de comunicar com as pessoas com demência porque não implica o recurso a processos cognitivos complexos e têm demonstrado resultados promissores na promoção da interação destas pessoas (Baker *et al.*, 2003; Christofolletti, Oliani, Gobbi & Stella, 2007).

O presente estudo exploratório teve como objetivo geral analisar o impacto de um programa educativo baseado numa abordagem de cuidados centrados na pessoa, e centrado na EMS e EM, na comunicação não-verbal de CF de pessoas idosas com demência institucionalizadas, durante os cuidados matinais. Especificamente, pretendeu-se analisar o impacto da intervenção na frequência e duração da comunicação não-verbal e analisar os efeitos do programa na frequência de estratégias de EMS e EM.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes. Na primeira, apresenta-se um breve enquadramento teórico sobre a epidemiologia da demência, a filosofia de cuidados centrados na pessoa com demência e a importância da comunicação não-verbal e, também, a recente evidência acerca dos benefícios da EMS e EM em pessoas com demência avançada. A segunda parte centra-se no estudo desenvolvido, salientando a metodologia, os resultados e a sua discussão. Conclui-se o presente trabalho com uma síntese e destacam-se as perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Epidemiologia da demência e a necessidade de cuidados a longo-prazo

O envelhecimento demográfico tem sido acompanhado pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas na população idosa, particularmente as situações demenciais (Alzheimer's Disease International, 2009). Em 2010, o número estimado de pessoas com demência era de 35.6 milhões, prevendo-se uma duplicação a cada 20 anos: 65.7 milhões em 2030, e 115.4 milhões em 2050 (Alzheimer's Disease International, 2012). Em Portugal, de acordo com o Plano Nacional de Intervenção – Alzheimer de 2009, cerca de 150 mil pessoas sofre desta síndrome, representando 1% da população nacional (Alzheimer Portugal, 2009).

A demência é uma condição complexa e progressiva, representando a maior causa de incapacidade e mortalidade nas pessoas idosas (Berg *et al.*, 2010; Berr *et al.*, 2005). A demência afeta principalmente as pessoas idosas mas, segundo diferentes estimativas, entre 2% e 10% de todos os casos têm início antes dos 65 anos. Após os 65 anos de idade a prevalência duplica a cada 5 anos (Alzheimer's Disease International, 2009).

A demência é uma síndrome, ou conjunto de sintomas, cuja etiologia é diversificada e caracteriza-se pelo desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos, que incluem o comprometimento da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação do funcionamento executivo. A causa mais comum de demência é a doença de Alzheimer, seguida pela doença vascular e, depois, por múltiplas etiologias (por exemplo, a doença de Pick, a hidrocefalia de pressão normal, a doença de Parkinson, a doença de Huntington, lesões cerebrais traumáticas, tumores cerebrais e transtornos infecciosos) (APA, 2000).

A doença de Alzheimer representa 60 a 70% dos casos de demência e apresenta determinadas especificidades resultantes da alteração do metabolismo das células nervosas que conduz a uma má função ou destruição das mesmas de uma forma lenta e progressiva (Castro-Caldas & Mendonça, 2005). O início deste tipo de demência é gradual, envolve declínio cognitivo contínuo e apresenta um subtipo de desenvolvimento precoce (se o

início da demência ocorrer aos 65 anos ou antes) ou tardio (se o início ocorrer após os 65 anos de idade) (APA, 2000).

As manifestações da demência são, no início, insidiosas e algumas pessoas podem apresentar alterações da personalidade ou maior irritabilidade, perdendo progressivamente capacidade de introspecção e crítica e negando ou minimizando as suas incapacidades nos primeiros estágios (APA, 2000; Castro-Caldas & Mendonça, 2005). À medida que a demência progride, a capacidade de receber e transmitir informação diminui, dificultando a aptidão das pessoas em comunicar as suas necessidades e desejos (Camp, Cohen-Mansfield & Capezuti, 2002; Hadley, Brown & Smith, 1999; Hancock, Woods, Challis & Orrell, 2006). A duração média da doença a partir do início dos sintomas até à morte é de 8-10 anos (APA, 2000).

As pessoas com doença de Alzheimer começam por apresentar um comprometimento predominantemente da memória recente e a evocação de factos antigos mantém-se relativamente preservada. Nesta fase, estágio de demência incipiente, a pessoa não reúne os critérios de demência porque se encontra relativamente autónoma. Numa fase posterior, demência ligeira, a pessoa começa a demonstrar dificuldades em planear e executar as tarefas instrumentais mais complexas e nas relações temporais, perdendo alguma da sua autonomia e os défices são notados pelos familiares (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Com a progressão cada vez mais incapacitante, a pessoa atinge a fase moderada, durante a qual surgem dificuldades de concentração e de orientação espacial. A pessoa torna-se repetitiva, apresenta prosopagnosia, agnosia, ficando mais lenta e mais apática, não reconhecendo as suas dificuldades (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Mais de 50% das pessoas com demência vivenciam sintomas comportamentais e psicológicos (SCPD), que muitas vezes representam a razão para a institucionalização a longo-prazo destas pessoas (Hersch & Falzgraf, 2007). Os SCPD incluem comportamentos de desinibição, delírios e alucinações, agressividade física e verbal, agitação, perturbações do sono, ansiedade e depressão. Fatores ambientais, como estar confinado a espaços fechados, isolamento, privação sensorial visual e auditiva também podem causar ou contribuir para estes sintomas (Carson, McDonagh & Peterson, 2006).

A apraxia (prejuízo na capacidade de executar atividades motoras, apesar das capacidades motoras, função sensorial e compreensão estarem intactas para a tarefa exigida) (APA, 2000) pode surgir e ter implicações adversas na relação entre cuidadores e pessoas com demência, quando os cuidadores as interpretam como sendo pessoas não cooperativas (Castro-Caldas & Mendonça, 2005). Da mesma forma, podem ter sensações táteis normais, mas serem incapazes de identificar objetos colocados nas suas mãos apenas pelo tato (agnosia) (APA, 2000).

Na demência severa o defeito mnésico é muito grave; praticamente, não existe retenção de informação; o discurso, quando está presente, é fragmentado e vazio; a pessoa não reconhece os familiares próximos; é incapaz de assegurar as atividades de vida diária mais simples; apresenta incontinência noturna; apresenta, muitas vezes, alterações do ritmo de sono, agitação *versus* apatia e alguns sintomas psicóticos como alucinações e agressividade. Na fase terminal o doente fica acamado, incontinente e sem comunicação verbal (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Com a ocorrência progressiva de modificações a nível cognitivo, psicomotor, emocional e comportamental na pessoa com demência (Boustani *et al.*, 2003), a dependência de terceiros aumenta e surge, com frequência, a necessidade de institucionalização a longo-prazo (Berr *et al.*, 2005; Bickel, 1996; Schneider *et al.*, 2002). Segundo Kuske *et al.* (2009), cerca de 60% das pessoas institucionalizadas nos países industrializados apresentam um quadro demencial.

Esta situação coloca vários desafios às instituições de cuidados a longo-prazo (Chenoweth *et al.*, 2009): como assegurar a qualidade e adequação dos cuidados, a par com limitados recursos financeiros e humanos? Esta questão é relevante a nível internacional e nacional, devido à escassez de unidades de cuidados especializados para pessoas com demência. Em Portugal como na maioria dos países europeus, as pessoas com demência são institucionalizadas em lares convencionais, onde os cuidados são maioritariamente prestados por mulheres, com baixas habilitações literárias e falta de conhecimentos especializados. A prestação de cuidados centra-se na satisfação das necessidades instrumentais (Edvardsson, 2008; van Weert, van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe & Bensing, 2005b) e as cuidadoras formais tendem a desconhecer o impacto dos

seus comportamentos no bem-estar das pessoas de quem cuidam (Figueiredo, Barbosa, Cruz, Marques & Sousa, 2013; Magai, Cohen & Gomberg, 2002).

A ausência de competências dos cuidadores formais pode resultar em padrões desadequados de comunicação e interação com as pessoas com demência e, conseqüentemente, afetar a qualidade dos cuidados (van Weert, van Dulmen & Bensing, 2008). De facto, vários estudos têm demonstrado que, mesmo em fases avançadas de demência, os pacientes são sensíveis à comunicação emocional do cuidador (Magai *et al.*, 2002). Perante esta perspetiva, assume-se como fundamental dotar os cuidadores formais com conhecimentos e competências especializadas nos cuidados em demência (Kuske *et al.*, 2007).

Assim, nos últimos anos desenvolveram-se vários estudos com o objetivo de observar o efeito de intervenções educativas no aumento das competências dos cuidadores formais e na melhoria do bem-estar das pessoas com demência. Estas intervenções centram-se na compreensão dos sintomas comportamentais e psicológicos na demência, na promoção adequada da comunicação verbal e não-verbal e na melhoria das abordagens que visam compreender as necessidades das pessoas com demência (Cohen-Mansfield, 2004; Livingston, Johnston, Katona, Paton & Lyketsos, 2005).

Os estudos nesta linha têm demonstrado efeitos positivos nas pessoas com demência pela diminuição de verbalizações repetitivas (Buchanan & Fisher, 2002), diminuição da agitação e agressividade (DeYoung *et al.*, 2002) e da depressão e outros SCPD (Romero & Wenz, 2001). As intervenções educativas também têm demonstrado efeitos positivos nos cuidadores formais, pela diminuição dos sintomas de *burnout* e aumento da satisfação com o trabalho (Coleman, 2010). Assim, reduzir ou prevenir os sintomas comportamentais e psicológicos da demência e adotar estratégias de cuidados para recuperar e/ou manter a função das pessoas com demência poderá aumentar a qualidade de vida das mesmas e diminuir a sobrecarga nos cuidadores (Miyamoto *et al.*, 2010).

1.2. Os cuidados centrados na pessoa com demência e a importância da comunicação não-verbal

Na última década do século XX surgiram novas ideias relativas à qualidade dos cuidados prestados a pessoas com demência fundamentadas nos princípios dos cuidados centrados na pessoa (CCP). A abordagem dos CCP teve a sua origem no trabalho de Carl Rogers (1961) relativo à psicoterapia com a sua ênfase no contacto autêntico e na comunicação (Brooker, 2007). O professor Tom Kitwood, fundador do *Bradford Dementia Group*, foi o primeiro a usar o termo *person-centred* em relação às pessoas com demência, sustentando que a utilização do termo reúne ideias e formas de trabalhar com a experiência vivida das pessoas com demência, enfatizando a comunicação e os relacionamentos (Kitwood, 1997). O conceito de *individualidade* (“*personhood*”) é central na filosofia de cuidados que preconiza, designando a qualidade ou condição que é concedida a um ser humano, por outros, no contexto de uma relação enquanto ser social, implicando reconhecimento, respeito e confiança (Kitwood, 1997). Neste sentido, a abordagem de CCP preconiza a manutenção da *individualidade* da pessoa com demência, mesmo perante o declínio das suas capacidades cognitivas, garantindo a promoção do seu bem-estar (Brooker, 2007).

Ao propor um novo modelo de compreensão da demência – “*Enriched Model of Dementia*” (Modelo Valorizado da Demência) – Kitwood desafia os limites do paradigma dominante na década de 80 que perspetiva a demência como um resultado exclusivo das perdas neurológicas (Brooker, 2007). O *Modelo Valorizado da Demência* reconhece assim a multiplicidade de fatores que afetam a experiência pessoal desta condição, nomeadamente as perdas neurológicas, a saúde física, a história de vida, a personalidade e o meio envolvente. Ao reconhecer a interação e a implicação de todas estas dimensões na experiência da condição demencial, a filosofia de cuidados centrados na pessoa possibilita a oportunidade de maximização do bem-estar, intervindo numa multiplicidade de dimensões que afetam a qualidade de vida da pessoa com demência, nomeadamente nas interações com o meio envolvente (Brooker, 2007).

Segundo Kitwood, as interações que ignoram as necessidades individuais e os direitos das pessoas com demência, desvalorizam as suas emoções e sentimentos negativos

e as privam do contacto e relacionamento com os outros, contribuem para o enfraquecimento da *individualidade*. O autor designou este tipo de atitudes por *Psicologia Social Maligna* (“*Malignant Social Psychology*”), referindo-se às interações em que a pessoa com demência é intimidada, ultrapassada, ignorada, infantilizada, rotulada, menosprezada, culpada, manipulada, invalidada, incapacitada, estigmatizada, ridicularizada (Brooker, 2007; van Weert *et al.*, 2008).

As interações que conduzem à manutenção da *individualidade* e bem-estar são designadas por *Atitudes Positivas* (“*Positive Person Work*”), manifestando-se em atitudes de reconhecimento, negociação, validação, estimulação, empatia, entre outras (Brooker, 2007; Kitwood, 1996; van Weert *et al.*, 2008).

A comunicação com as pessoas com demência em fase avançada é difícil devido ao declínio na capacidade de comunicação. O foco é muitas vezes colocado sobre as capacidades que são perdidas ao longo do tempo e supõe-se, frequentemente, que as pessoas em estádios mais avançados da doença de Alzheimer são incapazes de se expressar. Quando a comunicação verbal está presente o discurso é, muitas vezes, descrito como incoerente e improdutivo. Estes pontos de vista podem inadvertidamente contribuir para o isolamento das pessoas em estádios mais avançados da doença (Belgrave, 2006).

Através da comunicação verbal as pessoas sentem uma conexão com os outros e alguns estudos empíricos têm sido realizados com as pessoas em estádios avançados da doença de Alzheimer que revelam que elas são capazes de interagir de forma significativa e de se expressar (Belgrave, 2006). Mayhew, Acton, Yauk e Hopkins (2001) realizaram um estudo para demonstrar que as pessoas em estádios mais avançados podem comunicar de forma significativa. Os participantes do estudo foram convidados a partilhar a sua história de vida e todos foram capazes de expressar-se verbalmente e também através da comunicação não-verbal (como o toque, tom de voz, postura corporal e movimento) para transmitir as suas ideias e emoções.

Os profissionais/cuidadores formais (CF) das pessoas com demência necessitam de uma boa capacidade de comunicação para compreender as suas necessidades e prestar cuidados individualizados, assim como para criar um bom relacionamento interpessoal onde esteja presente a socialização, afetividade e empatia (Caris-Verhallen, Kerkstra &

Bensing, 1999). Por estes motivos, necessitam de adaptar a sua comunicação às capacidades das pessoas com demência. Neste sentido, o uso da comunicação não-verbal, como complemento à comunicação verbal, é fundamental com as pessoas que têm limitações na comunicação verbal (van Weert *et al.*, 2005a).

A comunicação verbal é definida como a comunicação através de palavras, enquanto a comunicação não-verbal é definida como a comunicação sem palavras (Knapp & Hall, 2009). A comunicação não-verbal (através do toque, contacto ocular, sorriso, aceno) é uma forma de expressar empatia, afeto, validação, estimulação e suporte à pessoa com demência (Chambers, 2003; van Weert *et al.*, 2005a).

O contacto ocular, o sorriso e o toque afetivo são aspetos considerados não necessários ou não inerentes à prestação de cuidados mas facilitadores da interação profissionais/CF com a pessoa com demência por transmitirem envolvimento, proximidade, afabilidade e atenção (van Weert *et al.*, 2005a).

O toque afetivo consiste num contacto físico relativamente espontâneo e é muitas vezes aplicado no ombro, braço ou na mão para expressar sentimentos de conforto ou segurança (Belgrave, 2006; van Weert *et al.*, 2005a). Por outro lado, o toque instrumental consiste no toque físico deliberado que está inerente à prestação de cuidados (van Weert *et al.*, 2005a). Existem vários fatores que afetam a forma de interpretação do toque: o tipo de toque, a localização, a duração, a intensidade, a frequência e sensação produzida pelo toque (Vortherms, 1991).

O uso do toque pode ser benéfico para melhorar a comunicação entre as pessoas com demência e o ambiente em que estão inseridas, bem como na construção de uma relação terapêutica com os profissionais/cuidadores. O recurso ao toque tem evidenciado afetar a saúde física, psicossocial e espiritual das pessoas idosas com demência. O toque pode ser usado para diminuir a agitação e aumenta a estimulação sensorial, o relaxamento e a orientação para os outros no seu ambiente (Bush, 2001).

O contacto ocular verifica-se quando o cuidador dirige o olhar para os olhos da pessoa de quem cuida e o sorriso é a expressão facial de afabilidade dirigida à pessoa com demência (van Weert *et al.*, 2005a).

Existem poucos estudos que têm analisado os efeitos da comunicação não-verbal do CF nas pessoas com demência, no entanto, parece facilitar a comunicação mais ágil da pessoa com demência, aumentar o olhar dirigido para o cuidador e o sorriso, assim como diminuir a desaprovação verbal e a raiva (van Weert *et al.*, 2005a).

1.3. A estimulação multissensorial e motora na demência

A base de evidências para o tratamento farmacológico dos SCPD é pobre considerando a dimensão do problema e o sofrimento que estes sintomas provocam (Hersch & Falzgraf, 2007). As pessoas com demência são particularmente sensíveis aos efeitos adversos da medicação, como o risco de quedas associado à medicação que provoca sedação, hipotensão postural ou sintomas extrapiramidais (Zaudig, 2000), obstipação, retenção urinária, boca seca, visão turva, e défices cognitivos (Kindermann, Dolder, Bailey, Katz & Jeste, 2002).

A abordagem inicial para lidar com os SCPD deveria incluir sempre as terapias não-farmacológicas, apesar de, frequentemente, ser necessário recorrer também à intervenção farmacológica (Hersch & Falzgraf, 2007).

O tratamento dos SCPD contribui para reduzir a sobrecarga dos cuidadores e das pessoas com demência (Kindermann *et al.*, 2002). O desenvolvimento de programas educativos para cuidadores, pela aprendizagem de competências, apoio suportivo e intervenções ambientais, são componentes importantes da forma de lidar com os SCPD e devem ser o primeiro passo na abordagem de pessoas com demência com estes sintomas (Hersch & Falzgraf, 2007).

De acordo com van Weert *et al.* (2008) a carga de trabalho percecionada pelos cuidadores formais está associada a menor contato visual, menos sorrisos e toque afetivo. Os autores identificaram uma forte relação positiva entre o uso de um modelo integrado de cuidados do tipo *snoezelen* – estimulação dos sentidos primários da pessoa com demência de forma a promover o seu bem-estar - e a qualidade da comunicação verbal e não-verbal dos cuidadores formais. Assim, este parece ser um fator importante e evidencia que,

investir em modelos de prestação de CCP com demência, como *snoezelen*, poderá resultar na melhoria da qualidade da comunicação e melhores cuidados.

A estimulação multissensorial (EMS) e a estimulação motora (EM) são estratégias de intervenção que têm demonstrado resultados promissores na promoção da comunicação e do autocuidado das pessoas com demência (Baker *et al.*, 2003; Christofolletti *et al.*, 2007). Quando estas intervenções atendem aos gostos, preferências e interesses das pessoas com demência, enquadram-se numa abordagem de CCP, sendo que, as pessoas com demência, nomeadamente em estádios avançados, têm nos sentidos a principal via de comunicação com o exterior (Wareing, 2000).

De uma forma geral, a EMS e a EM são intervenções que permitem que, através da aplicação de estratégias simples, a pessoa com demência se mantenha ativa e interaja com o meio que a rodeia, maximizando assim as suas capacidades e consequentemente a sua funcionalidade (Cruz, Barbosa, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011a).

A EMS caracteriza-se por estimular ativamente os sentidos (olfato, tato, visão, audição e gosto), sem a necessidade de envolver processos cognitivos mais complexos, como a atenção ou a memória. Tem sido utilizada nos cuidados à pessoa com demência moderada a severa, tendo como objetivos manter ou melhorar a comunicação, aumentar o envolvimento da pessoa com o ambiente que a rodeia, promover o relaxamento e diminuir a frequência de comportamentos neuropsiquiátricos (Baillon, van Diepen & Prettyman, 2002). Durante a prestação de cuidados de higiene, o recurso a um gel de banho com aroma agradável para a pessoa com demência ou proporcionar que a pessoa sinta a textura de uma esponja de banho na mão, constituem exemplos da utilização da EMS na vida diária (Cruz *et al.*, 2011a).

A EMS tem demonstrado benefícios na demência: acalmando a agitação e os comportamentos agressivos, diminuindo a apatia, melhorando a comunicação e o humor, melhorando o contacto da pessoa com o ambiente e a interação com o cuidador, contribuindo, assim, para o bem-estar da pessoa com demência (van Weert *et al.*, 2008).

A EM caracteriza-se por exercícios específicos que promovem a mobilidade (Tappen, Roach, Applegate & Stowell, 2000) e atrasam o declínio na realização das

atividades da vida diária (Rolland *et al.*, 2007), promovendo a funcionalidade física (Potter, Ellard, Rees & Thorogood, 2011) nas pessoas com demência. Esta intervenção tem demonstrado aumentar a mobilidade e o equilíbrio, reduzir quedas e atrasar ou atenuar a perda da capacidade para realizar as atividades da vida diária das pessoas com demência (Christofolletti *et al.*, 2008). Promover ou estimular a pessoa com demência a lavar os dentes ou a aplicar creme hidratante no corpo são exemplos da aplicação da EM nas atividades diárias (Cruz *et al.*, 2011a).

O recurso à EMS e EM deve ocorrer preferencialmente em momentos de significado como, por exemplo, durante as atividades de vida diária, ou seja, nos cuidados de higiene, no vestir/despir, na alimentação, no tempo livre ou ao deitar, sendo este aspeto especialmente importante em estádios mais avançados da doença (Sloane *et al.*, 2007). A prestação dos cuidados matinais é também o momento adequado para a estimulação dos sentidos (tactual, visual, auditivo, olfativo) e integrar os elementos da metodologia *snoezelen* (van Weert *et al.*, 2005a). As intervenções devem, assim, centrar-se em identificar e maximizar as capacidades que permanecem nas pessoas com demência como uma forma de maximizar a função (APA, 2007).

No estudo de van Weert *et al.* (2005a), as CF que aplicaram uma abordagem de EMS e EM durante a prestação dos cuidados matinais demonstraram mais comunicação não-verbal como olhar dirigido à pessoa, toque afetivo e sorriso, ou seja, uma melhoria da comunicação.

Existe relativo consenso favorável à implementação da EMS e EM (Rabins *et al.*, 2007) nos casos moderados e severos de demência por não exigir a evocação de processos cognitivos complexos.

Diversos programas educativos centrados na informação e aquisição de conhecimentos e competências no âmbito dos CCP têm sido desenvolvidos junto dos cuidadores formais. Contudo, existe pouca evidência empírica acerca do recurso à EMS e EM, baseadas numa abordagem de CCP, na mudança de comportamentos, atitudes e práticas dos cuidadores formais.

Assim, a problemática do presente estudo enquadra-se no desenvolvimento de uma intervenção educativa baseada numa abordagem de CCP, e centrada na EMS e EM, junto de cuidadores formais de pessoas idosas com demência institucionalizadas, com o objetivo de analisar o impacto desta intervenção nos seus comportamentos.

2. OBJETIVOS

O presente estudo exploratório teve como objetivo geral analisar o impacto de um programa educativo baseado numa abordagem de cuidados centrados na pessoa, e centrado na EMS e EM, na comunicação não-verbal de cuidadores formais de pessoas idosas com demência institucionalizadas, durante os cuidados matinais. Especificamente, pretende-se analisar o impacto da intervenção na frequência e duração da comunicação não-verbal e analisar os efeitos do programa na frequência de estratégias de EMS e EM.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Este estudo insere-se no âmbito de um projeto de doutoramento e de um projeto de investigação mais alargado, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, que visa desenvolver, implementar e avaliar um programa integrado de apoio a cuidadores formais e pessoas idosas com demência institucionalizadas. O estudo recebeu parecer ético pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem – e está a ser conduzido na região centro de Portugal.

O presente estudo envolve um desenho do tipo quasi-experimental, com grupo único, com pré-teste e pós-teste, e foi conduzido numa Instituição Particular de Solidariedade Social, com resposta social de lar, no distrito de Aveiro.

3.2. Participantes

O estudo foi apresentado a um membro da direção de uma Instituição Particular de Solidariedade Social situada no distrito de Aveiro. Como critérios de participação, a organização teria que garantir a ausência de alterações organizacionais significativas durante o período do estudo e não participar em projetos semelhantes. Ao diretor da Instituição foi solicitada colaboração para identificar os profissionais interessados em participar que preenchessem os seguintes critérios de inclusão: prestar cuidados diretos a pessoas com demência (com diagnóstico clínico de demência moderada-severa, de acordo com os critérios da DSM IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1994), a necessitar de apoio nas atividades de vida diária e institucionalizadas há pelo menos 3 meses); aceitar participar voluntariamente no estudo; trabalhar na Instituição há pelo menos 2 meses; ausência de limitações de compreensão.

Após o primeiro procedimento, foi agendada uma reunião com os CF e familiares das pessoas com demência, para apresentação do estudo, objetivos e procedimentos, tendo-lhes sido também garantida a confidencialidade e anonimato dos dados. Aos profissionais que aceitaram participar e que cumpriam os critérios de inclusão no estudo foi-lhes solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, assim como aos representantes legais das pessoas institucionalizadas com demência.

3.3. Intervenção

A intervenção educativa contemplou 8 sessões, de 90 minutos e periodicidade semanal, dirigido aos cuidadores formais que desempenham funções de auxiliar de ação direta. Todas as sessões foram facilitadas por um gerontólogo e um fisioterapeuta.

A intervenção foi estruturada com informação acerca da demência, etiologia, sintomas e evolução, e princípios e estratégias para integrar o cuidado centrado na pessoa nas rotinas diárias (p.e., a comunicação não-verbal e a EMS e EM), de acordo com as tabelas 1 (Cruz, Marques, Barbosa, Figueiredo & Sousa, 2011b) e 2 (adaptado de Cruz *et al.*, 2011a). Entre as sessões, cada participante foi acompanhado durante os cuidados

matinais (vestir e cuidados de higiene) com o objetivo de esclarecer dúvidas e apoiar na aplicação de estratégias centradas na pessoa, naquele que é o momento onde ocorre maior interação entre cuidador-pessoa com demência e onde se manifestam mais sintomas comportamentais e psicológicos (van Weert *et al.*, 2006).

Complementarmente foram elaborados e distribuídos folhetos informativos em cada uma das sessões, de forma a organizar a informação mais relevante e a permitir a revisão da mesma em casa pelos CF.

Tabela 1 – Sessões educativas

Sessão	Conteúdo
1	Informação sobre demência
2	Comunicação na demência
3	Comportamentos desafiantes
4	Ambiente
5	Estimulação do movimento
6	Estimulação multissensorial - olfato
7	Estimulação multissensorial – visão e tato
8	Estimulação multissensorial – audição e gosto

Fonte: Cruz *et al.* (2011b)

Tabela 2 – Estratégias de comunicação não-verbal e de EMS e EM

Comunicação não-verbal

- Aproximar-se da pessoa sempre pela frente, para não a assustar;
- Manter o contacto visual;
- Exemplificar com gestos o que pretende que a pessoa faça;
- Estar consciente da sua própria linguagem não-verbal (tom, ritmo e volume de voz, contacto visual, sorriso, gestos e postura);
- Evitar o excesso de ruídos de fundo.

Estimulação multissensorial

- Durante a prestação de cuidados de higiene usar gel de banho, sabonete, pasta dentífrica, com um aroma agradável;
- Usar toalhas aquecidas durante os cuidados de higiene; pedir a colaboração da pessoa (por exemplo, segurar a esponja, lavar os braços, retirar a espuma);
- Antes de vestir a pessoa aplicar creme de corpo com um aroma agradável, usar difusores de cheiro, perfume;
- Permitir que a pessoa sinta a textura da roupa antes de a vestir;
- Permitir que a pessoa escolha roupa/acessórios, entre duas ou três opções;

- Promover que a pessoa sinta o aroma da comida antes de iniciar a refeição; sentir o cheiro do pão quente, da sopa, do café ou das torradas; permitir que a pessoa pegue em alguns alimentos com as mãos;
- Oferecer variedade de escolha nas refeições, usar especiarias, ervas aromáticas e bebidas com sabores diferentes; permitir que a pessoa observe a preparação dos alimentos;
- Ao deitar usar difusor com um aroma relaxante/calmante;
- Colocar luzes noturnas em zonas de deambulação e ao pé de escadas;
- Permitir que a pessoa explore os diferentes objetos que existem à sua volta; acompanhar em saídas à rua para interagir com o ambiente exterior.

Estimulação motora

- Encorajar a pessoa a realizar uma tarefa (por exemplo, limpar uma parte do corpo com a toalha) através de instruções simples e curtas (passo-a-passo);
- Iniciar a atividade para que a pessoa dê continuidade (por exemplo, colocar a mão da pessoa na escova de dentes já com a pasta dentífrica);
- Demonstrar a atividade, (por exemplo, mostrar à pessoa como se faz uma determinada etapa da tarefa, para que ela possa repetir);
- Dar significado à atividade, isto é, não pedir atividades sem objetivos ou sem sentido para a pessoa e tentar captar a sua atenção.

Fonte: Adaptado de Cruz *et al.* (2011a)

3.4. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados para a caracterização sociodemográfica realizou-se com recurso a um inquérito estruturado de informação dos CF (sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de serviço, tipo de horário, (in) existência de baixa médica no último ano) e das pessoas com demência (sexo, idade, escolaridade, estado civil, tipo de demência). A severidade da demência, nas pessoas idosas que participaram, foi avaliada através da aplicação da Escala de Deterioração Global (Leitão & Monteiro, 2007).

Os efeitos do programa nos comportamentos dos CF foram analisados através da observação de vídeos recolhidos antes e imediatamente após a intervenção. Foi construída uma lista de comportamentos (etograma) com os comportamentos não-verbais a observar para os cuidadores e a EMS e EM. Os efeitos da intervenção educativa nos comportamentos dos CF foram analisados tendo em conta a frequência e a duração das categorias previamente identificadas na literatura (Broker, 2007; Kitwood, 1997; van Weert *et al.*, 2005b) e resultantes das observações. Trata-se de um etograma ainda em desenvolvimento no âmbito de uma tese de doutoramento, mas que no momento apresenta

as seguintes categorias: olhar para a face da pessoa; gestos (o cuidador exemplifica com gestos o que pretende que a pessoa faça); afirmação com a cabeça (o cuidador acena afirmativamente com a cabeça em sinal de entendimento, aprovação e/ou encorajamento); toque afetivo (o cuidador estabelece contacto físico espontâneo, que não é necessário para a realização da sua atividade, como por exemplo dar um abraço); toque chamativo (o cuidador utiliza o toque para chamar atenção da pessoa ou orientar para a realização de uma atividade); sorriso; silêncio; EMS e EM (o cuidador estimula os sentidos da pessoa ou promove o seu envolvimento numa atividade); não observável ou irrelevante (não é possível observar o cuidador).

3.5. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados iniciou-se pelo preenchimento do inquérito estruturado de informação sociodemográfica dos CF por autopreenchimento. A informação sociodemográfica das pessoas com demência foi obtida pela consulta dos processos clínicos e a severidade da demência avaliada através da aplicação da Escala de Deterioração Global (Leitão & Monteiro, 2007).

O procedimento para obtenção dos vídeos seguiu um protocolo rigoroso, de modo a reduzir os efeitos da reatividade à câmara de vídeo. Todos os cuidadores foram instruídos que deveriam informar as pessoas com demência sobre a câmara e pedir a sua permissão para o registo; também foi explicado que a gravação deveria ser imediatamente interrompida caso fosse identificada alguma mudança no comportamento da pessoa com demência devido à presença da câmara (Cruz *et al.*, 2011b).

Antes da recolha de dados foram realizadas várias filmagens para minimizar os efeitos da câmara no comportamento dos CF e das pessoas com demência (Cruz *et al.*, 2011b).

Cada CF foi filmada seis vezes durante a prestação de cuidados matinais de higiene e/ou vestir: três vezes antes e três vezes após a intervenção. Com este procedimento procurou-se minimizar o efeito de viés de comportamentos que ocorrem devido ao acaso,

circunstância que seria mais difícil se fosse feita apenas uma gravação por momento (pré e pós).

O recurso à observação por vídeo dos cuidados matinais apresenta vantagens em relação a outras medidas, nomeadamente as de autopreenchimento. Pela observação é possível captar uma variedade de fenómenos numa situação social, recolher dados com melhor qualidade e melhorar a qualidade da interpretação dos dados recorrendo à utilização dos sentidos (Latimer & Meneses, 2005). Com o recurso às gravações é possível a obtenção da informação no momento em que ocorre o facto a ser analisado (observação do comportamento humano em interação) e a possibilidade de visualização posterior e repetida dos dados sem alterações relativamente ao momento da gravação.

Para proceder às filmagens foi considerado relevante o momento. Assim, este procedimento decorreu no período que habitualmente corresponde à prestação dos cuidados matinais de vestir e cuidados de higiene entre as 8h00 e 10h30, momento este onde ocorre maior interação entre cuidador-pessoa com demência e onde se manifestam mais sintomas comportamentais e psicológicos (van Weert *et al.*, 2006).

Atendendo ao cumprimento de questões éticas associadas ao procedimento de recolha de dados, foi garantida a privacidade das pessoas com demência não se filmando a pessoa nua, assim como, se adotou como medida desligar a câmara na existência de uma alteração do comportamento da pessoa com demência.

A confidencialidade e anonimato dos dados foram cumpridos através da atribuição de códigos e palavras-chave para a instituição, residentes e CF.

3.6. Procedimentos de análise de dados

Foram construídas bases de dados e realizada análise descritiva com recurso a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão), e distribuições de frequência e percentagem para descrever a amostra.

Dois observadores independentes e cegos à intervenção analisaram a totalidade dos vídeos para cada CF, antes e após a intervenção (total de 108 vídeos) classificando os comportamentos de acordo com as categorias apresentadas anteriormente num *software* especializado, *NOLDUS The Observer® XT 10.5* (Noldus Information Technology, Wageningen, The Netherlands). O *software* permitiu a quantificação das categorias em termos de frequência e duração. Os observadores obtiveram uma sessão prévia de treino com o *software* e estavam cegos quanto à intervenção e ao momento de análise (se pré ou pós-intervenção).

O estudo de fiabilidade entre observadores foi realizado para a frequência e/ou duração de cada comportamento e em cada fase, utilizando os métodos recomendados para a realização de estudos de fiabilidade, ou seja, o Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI) e o teste de *Bland and Altman* (BA). Estes testes são adequados para análise da fiabilidade de estudos entre observadores no mesmo instante de tempo. O recurso aos dois testes em simultâneo é recomendado uma vez que, isoladamente nenhum destes testes fornece informação suficiente (Rankin & Stokes, 1998). Os estudos de fiabilidade são necessários para garantir que o erro envolvido na medição é suficientemente pequeno para detetar reais alterações no que está a ser avaliado (Rankin & Stokes, 1998).

Os valores do CCI podem variar entre 0 e 1, em que 0 significa ausência de fiabilidade/concordância e 1, fiabilidade/concordância perfeita (Rankin & Stokes, 1998).

O modelo do CCI usado no *software* de análise estatística utilizado, *IBM SPSS Statistics* versão 21.0 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, Illinois), foi *two-way random effect* (2, 1). A opção *consistency* foi aplicada porque a variabilidade entre as pontuações foi considerada irrelevante (importância foi atribuída à direção das opções), num intervalo de confiança a 95% (Rankin & Stokes, 1998).

A análise descritiva e inferencial das categorias foi realizada através do *software IBM SPSS Statistics* versão 21.0, e para todas as variáveis analisadas o nível de significância foi definido como $p < 0.05$. A duração dos vídeos foi padronizada para 5 minutos, valor correspondente à mediana da duração total dos vídeos, para permitir comparações. O recurso a testes não-paramétricos foi a opção mais adequada considerando a dimensão reduzida da amostra ($n = 18$). Como a amostra é emparelhada (os participantes

presentes no momento pré-intervenção são os mesmos no momento pós-intervenção) e as variáveis em estudo são medidas numa escala quantitativa, a significância da diferença entre as duas medições emparelhadas pode ser avaliada com o Teste dos Sinais, já que os dados amostrais não apresentaram simetria (Maroco, 2003).

4. RESULTADOS

4.1. Participantes

Foram identificados vinte CF que reuniam critérios para participar no estudo. Destes, dezanove aceitaram participar. Contudo, devido à impossibilidade de obtenção de dados após a intervenção, uma CF foi eliminada da análise. Assim, a amostra total contemplou dezoito cuidadoras (sexo feminino), com uma média etária de 43.6 ± 10.5 anos (tabela 3). A maioria tem uma escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo do ensino básico. O tempo médio de serviço é de 83.7 ± 50.9 meses, e a maioria das CF exerce funções em horário rotativo (61.1%).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das cuidadoras formais

Cuidadoras formais (n = 18)		
Sexo		
Feminino (n, %)	18	100
Idade		
Média, DP (anos)	43.6	10.5
Mínimo, máximo (anos)	19	68
Escolaridade		
1º ciclo do Ensino Básico (n, %)	4	22.2
2º ciclo do Ensino Básico (n, %)	4	22.2
3º ciclo do Ensino Básico (n, %)	7	38.9
Ensino Secundário ou equivalente (n, %)	2	11.1
Ensino Superior (n, %)	1	5.6
Estado civil		
Solteiro (n, %)	2	11.1
Casado (n, %)	9	50.0
Divorciado (n, %)	3	16.7
Viúvo (n, %)	2	11.1
União de facto (n, %)	2	11.1
Tempo de Serviço		
Média, DP (meses)	83.7	50.9
Mínimo, máximo (meses)	3	144
Horário		
Rotativo (n, %)	11	61.1
Fixo (n, %)	7	38.9
Baixa médica		
Sim (n, %)	4	22.2
Não (n, %)	14	77.8

As características sociodemográficas das pessoas com demência apresentam-se na tabela 4. Participaram no estudo dez pessoas (7 mulheres) com demência moderada ($n = 7$) e severa ($n = 3$), e com uma média etária de 84.4 ± 7.6 anos. Apenas uma pessoa que reunia os critérios para inclusão não participou no estudo por recusa do representante legal.

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica das pessoas com demência

Pessoas com demência ($n = 10$)		
Sexo		
Feminino (n,%)	7	70
Masculino (n, %)	3	30
Idade		
Média, DP (anos)	84.4	7.6
Mínimo, máximo (anos)	72	96
Escolaridade		
Sem habilitações (n, %)	4	40
1º ciclo do Ensino Básico (n, %)	5	50
Ensino Secundário ou equivalente (n, %)	1	10
Estado civil		
Solteiro (n, %)	2	20
Casado (n, %)	2	20
Divorciado (n, %)	1	10
Viúvo (n, %)	5	50
Tipo de Demência		
Não especificada (n, %)	4	40
Vascular (n, %)	2	20
Alzheimer (n, %)	4	40
Severidade		
Moderada (n, %)	7	70
Severa (n, %)	3	30

4.2. Concordância entre observadores

A concordância entre observadores foi realizada para a frequência e/ou duração das categorias em ambas as fases (pré e pós-intervenção) (tabela 5). O valor de CCI variou entre 1 e 0.453 para todas as categorias indicando uma concordância moderada a excelente (Fleiss, 1986). O valor mais baixo do CCI, verificou-se na categoria relativa à frequência da EMS no momento pós-intervenção.

Tabela 5 – Resultado da concordância entre observadores – CCI e BA

Categoria	Momento	CCI (2,1)		Bland and Altman 95% limites do acordo				
		Coeficiente	95% Intervalos de Confiança	d ⁻ diferenças	SE d ⁻ diferenças	95% Intervalos de Confiança d ⁻ diferenças	SD diferenças	95% Limites do acordo
EMS e EM (Frequência)	Inicial	0.549	[0.331;0.711]	-0.130	0.075	[-0.280;0.021]	0.551	[-1.210;0.950]
	Final	0.453	[0.213;0.642]	-0.241	0.132	[-0.506;0.024]	0.970	[-2.142;1.661]
Silêncio (Duração)	Inicial	0.971	[0.951;0.983]	7.870	5.444	[-3.048;18.789]	40.002	[-70.534;86.275]
	Final	0.985	[0.974;0.991]	4.833	2.944	[-1.071;10.737]	21.630	[-37.562;47.229]
Olhar para a pessoa (Frequência)	Inicial	0.978	[0.963;0.987]	-1.870	0.203	[-2.278;-1.463]	1.493	[-4.796;1.055]
	Final	0.61	[0.41;0.753]	-3.444	0.714	[-4,876;-2,013]	5.244	[-13.722;6.833]
Olhar para a pessoa (Duração)	Inicial	0.642	[0.454;0.776]	-23.093	4.168	[-31.453;-14.732]	30.629	[-83.126;36.941]
	Final	0.613	[0.415;0.756]	-12.333	3.133	[-18.618;-6.049]	23.023	[-57.459;32.793]
Gestos (Frequência)	Inicial	0.819	[0.708;0.891]	-0.074	0.036	[-0.146;-0.002]	0.264	[-0.592;0.444]
	Final	0.756	[0.614;0.851]	-0.019	0.032	[-0.083;0.046]	0.237	[-0.483;0.446]
Afirmação com a cabeça (Frequência)	Inicial	1	[1;1]	100% de concordância				
	Final	0.662	[0.482;0.789]	0.019	0.019	[-0.019;0.056]	0.136	[-0.248;0.285]
Toque Afetivo (Frequência)	Inicial	0.597	[0.394;0.745]	-0.111	0.114	[-0.340;0.118]	0.839	[-1.756;1.534]
	Final	0.463	[0.225;0.649]	-0.148	0.104	[-0.356;0.060]	0.763	[-1.643;1.346]
Toque Afetivo (Duração)	Inicial	0.472	[0.236;0.655]	-0.111	0.663	[-1.442;1.219]	4.875	[-9.665;9.443]
	Final	0.661	[0.479;0.788]	0.315	0.843	[-1.375;2.005]	6.191	[-11.820;12.450]
Toque Chamativo (Frequência)	Inicial	0.713	[0.552;0.823]	0.370	0.059	[-0.081;0.155]	0.433	[-0.478;1.218]
	Final	0.525	[0.301;0.694]	0.019	0.056	[-0.094;0.131]	0.412	[-0.788;0.825]
Toque Chamativo (Duração)	Inicial	0.859	[0.769;0.916]	0.741	0.126	[-0.179;0.328]	0.929	[-1.079;2.561]
	Final	0.81	[0.694;0.885]	-0.056	0.170	[-0.397;0.286]	1.250	[-2.506;2.395]
Sorriso (Frequência)	Inicial	0.779	[0.647;0.866]	0.130	0.130	[-0.130;0.390]	0.963	[-1.757;2.016]
	Final	0.845	[0.748;0.907]	0.185	0.112	[-0.040;0.411]	0.826	[-1.433;1.804]
Sorriso (Duração)	Inicial	0.641	[0.453;0.775]	1.222	0.590	[0.039;2.405]	4.334	[-7.272;9.716]
	Final	0.852	[0.758;0.911]	0.870	0.315	[0.238;1.502]	2.315	[-3.667;5.408]

O cálculo de BA, para cada categoria nas duas fases do estudo, demonstrou que não existia viés sistemático. A título demonstrativo, apresenta-se o gráfico de BA para a categoria duração do toque afetivo (Figura 1).

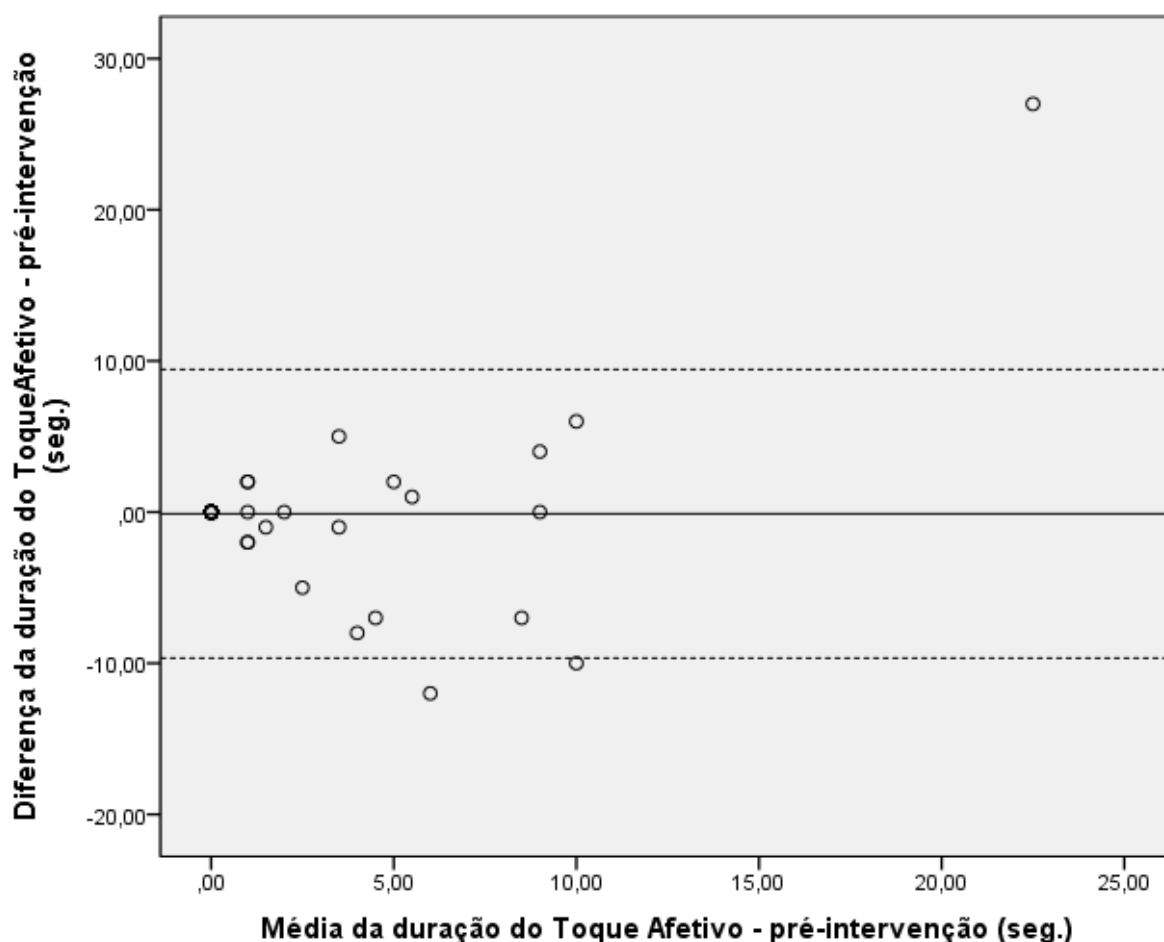


Figura 1 – Gráfico de distribuição do teste de BA para a concordância entre observadores relativamente à categoria “duração do toque afetivo” antes da intervenção. A linha contínua representa a média; a linha tracejada superior representa a média + 1.96 DP (Desvio-padrão) e a inferior a média – 1.96 DP, num intervalo de confiança de 95%.

4.3. Efeito do programa educativo no comportamento dos cuidadores formais

O efeito da intervenção nos comportamentos não-verbais e na EMS e EM das CF que participaram no estudo apresenta-se na tabela 6.

Tabela 6 – Comunicação não-verbal e EMS e EM das CF, antes e após a intervenção

Categoria	Tipo de Medida	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Z	p
		Média (DP)	Média (DP)		
EMS e EM	Frequência	0.08 (0.26)	0.33 (0.77)	na ^a	0.096
Silêncio	Duração ^b	240.47 (366.63)	184.86 (84.86)	-0.136	0.892
Olhar para a pessoa	Frequência	5.68 (6.23)	4.15 (5.12)	-1.838	0.065
	Duração ^b	27.42 (35.14)	16.43 (20.61)	-1.556	0.119
Gestos	Frequência	0.21 (0.78)	0.10 (0.43)	na ^a	1
Afirmação com a cabeça	Frequência	0.03 (0.13)	0.01 (0.08)	na ^a	1
Toque Afetivo	Frequência	0.71 (2.11)	0.41 (1.22)	na ^a	0.424
	Duração ^b	4.60 (23.66)	1.79 (5.53)	na ^a	0.690
Toque Chamativo	Frequência	0.25 (0.86)	0.15 (0.51)	na ^a	1
	Duração ^b	0.56 (2.03)	0.64 (2.28)	na ^a	1
Sorriso	Frequência	0.72 (1.97)	0.42 (1.04)	na ^a	0.152
	Duração ^b	1.67 (4.47)	0.95 (2.66)	na ^a	0.152

^a Não aplicável - Não é possível realizar o teste dado o reduzido número de ocorrências na frequência e duração da categoria.

^b Duração em segundos.

O tempo médio de duração dos vídeos no momento pré-intervenção foi de 367 segundos (mínimo = 21 e máximo = 1085) e no momento pós-intervenção foi de 381 segundos (mínimo = 76 e máximo = 828).

Os dados demonstram a ausência de resultados estatisticamente significativos entre os momentos. Além disso, na maioria das categorias em análise, não foi possível obter o valor do teste (Z) devido ao número de ocorrências na frequência e/ou duração ser reduzido. Todavia, observa-se um ligeiro aumento da frequência da EMS e da EM (de 0.08 para 0.33) e da duração do toque chamativo (de 0.56 para 0.64). Para as restantes categorias, observou-se uma diminuição dos valores médios no momento após a intervenção por comparação ao momento anterior.

5. DISCUSSÃO

Este estudo exploratório teve como objetivo geral analisar o impacto de uma intervenção educativa assente numa abordagem de cuidados centrados na pessoa com demência, e centrada na EMS e EM, na comunicação não-verbal das cuidadoras formais.

Os resultados revelaram que a intervenção não teve impacto significativo na frequência e duração dos comportamentos não-verbais das CF participantes. Além disso, observou-se uma tendência de diminuição de alguns comportamentos como a frequência e/ou duração do olhar dirigido à pessoa com demência, dos gestos, do aceno afirmativo, do toque afetivo e do sorriso. No entanto, ainda que sem significado estatístico, observou-se também um aumento da duração do tempo médio de cuidados, da frequência da EMS e da EM, e diminuição do silêncio. Este resultado pode ser indicativo de que o envolvimento das CF na aplicação das estratégias de EMS e EM pode ter levado a uma menor atenção ou suprimido os comportamentos não-verbais.

A duração do toque chamativo, definido como o toque utilizado pelo cuidador para chamar a atenção da pessoa com demência ou orientá-la para a realização de uma atividade, apresentou uma tendência de aumento após a intervenção. Apesar da sua frequência ter diminuído, o aumento da duração pode indiciar o recurso a este comportamento de forma mais exploratória, com a intenção efetiva de produzir efeito, ou seja, investindo e disponibilizando tempo para a pessoa com demência seguir determinada indicação. Contudo, não é possível delinear conclusões robustas devido à ausência de resultados com significado estatístico.

Os resultados na comunicação não-verbal não foram os esperados e diferem do estudo de van Weert *et al.* (2008) em que se verificaram resultados estatisticamente significativos após uma intervenção com objetivos semelhantes. Os autores (van Weert *et al.*, 2008) identificaram uma forte relação positiva entre o uso de um modelo integrado de cuidados do tipo *snoezelen* e a qualidade da comunicação não-verbal dos CF, pelo aumento do olhar dirigido à pessoa, do toque afetivo e do sorriso. Apesar de ambos os estudos terem objetivos semelhantes, as metodologias subjacentes aos mesmos diferem, o que pode explicar a diferença de resultados.

Um aspeto relevante a considerar, e que poderia ajudar a compreender melhor os resultados, seria o conhecimento do padrão de motivação destas CF, antes e após a intervenção. Sintomas de *burnout* e baixa satisfação com o trabalho podem influenciar a motivação e o envolvimento das CF nas intervenções educativas e na aplicação de novas estratégias de cuidados (Coleman, 2010). Para a aprendizagem efetiva, a motivação é um aspeto considerado importante, não sendo apenas o conhecimento o único fator que influencia as atitudes e o sentimento de autoeficácia (Chao, 2005).

Por outro lado, a intervenção deste estudo centrou-se apenas numa componente educativa, o que poderá ser insuficiente para a mudança efetiva de práticas. A integração de uma componente de suporte, que atende às necessidades emocionais destas cuidadoras, poderia melhorar o seu envolvimento na aprendizagem de novas estratégias. Figueiredo *et al.* (2013), no seu estudo exploratório, desenvolveram um programa psicoeducativo com CF de pessoas com demência institucionalizadas e verificaram que a combinação das componentes de educação e de suporte tem efeitos benéficos nas participantes, que se sentem mais valorizadas no seu papel, aprendem a lidar com a sobrecarga de forma mais efetiva e a desenvolver competências de resolução de problemas. Como salientam Hersch e Falzgraf (2007) relativamente a cuidadores informais e familiares, o desenvolvimento de intervenções educativas para cuidadores, através da aprendizagem de competências, do apoio suportivo e de intervenções ambientais são componentes importantes da forma de lidar com os SCPD.

Todos estes fatores devem ser então considerados quando se desenha e implementa uma intervenção com CF, uma vez que a forma de interação e relacionamento com os cuidadores tem um impacto direto sobre os cuidados que prestam (Brooker, 2007).

Para além disso, esta intervenção educativa, embora com o acordo e incentivo da direção, dirigiu-se exclusivamente às CF, sem envolver outros níveis da organização, nomeadamente os vários grupos profissionais, administradores, chefias, podendo assim, ser insuficiente para a mudança de práticas (Brooker, 2007). Como implicações, destaca-se a necessidade de futuramente se envolver todos os níveis da hierarquia organizacional, já que todo o contexto organizacional tem impacto no modelo de cuidados prestados.

A nível metodológico algumas questões podem ajudar a compreender os resultados observados, nomeadamente a posição fixa da câmara de filmar que, por vezes, não permitia observar a face da cuidadora, impossibilitando a identificação de alguns comportamentos, como o olhar dirigido à pessoa e o sorriso.

Outra explicação pode residir no facto de 1/3 dos vídeos analisados, nos dois momentos, se referirem a três de dez pessoas com demência que participaram no estudo e que faleceram pouco tempo depois da sua realização. Esta situação indicia um estado muito terminal destes residentes podendo dificultar a interação e o envolvimento das CF neste tipo de comportamentos não-verbais, nomeadamente o aceno afirmativo ou os gestos.

O facto de a amostra ser pequena, do estudo ter sido realizado em apenas uma instituição e a falta de um grupo de controlo são limitações metodológicas que podem ajudar a interpretar os resultados e que devem ser consideradas em estudos posteriores. Assim, recomenda-se que a intervenção seja replicada em várias instituições, com amostras maiores, e com um desenho de estudo randomizado e controlado para se analisar a extensão dos seus efeitos.

Apesar das limitações, o estudo apresenta vários pontos fortes: metodologicamente está bem desenhado pelo facto dos observadores serem cegos à intervenção e ao momento de avaliação, contribuindo para reduzir as ameaças à validade interna do estudo; a gravação de três vídeos por CF em cada momento do estudo (pré e pós-intervenção) minimizou a possibilidade da análise de comportamentos ocorridos devido ao acaso; a observação naturalista por vídeo-gravação dos comportamentos das CF representa uma opção metodológica mais vantajosa por comparação aos questionários de autopreenchimento, diminuindo o efeito da deseabilidade social e da familiaridade com os testes; finalmente, a fiabilidade inter-observador para cada categoria de comportamento foi bastante satisfatória, com valores que se situaram entre o moderado e o excelente.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo exploratório teve como objetivo geral analisar o impacto de um programa educativo baseado numa abordagem de CCP, e centrado na EMS e EM, na comunicação não-verbal de CF de pessoas idosas com demência institucionalizadas, durante os cuidados matinais.

Os resultados sugerem que a intervenção educativa não teve impactos significativos na comunicação não-verbal dos CF, embora se tenha observado uma tendência de aumento da frequência das estratégias de EMS e EM, tempo de duração de cuidados e aumento da duração do toque chamativo. Neste sentido, o estudo não permite retirar conclusões robustas, mas a sua natureza exploratória e as limitações metodológicas identificadas ajudam a lançar novas perspectivas de pesquisa, nomeadamente a necessidade de replicação da intervenção em várias instituições, com amostras mais alargadas, e com um desenho de estudo randomizado e controlado.

Apesar dos resultados do presente estudo serem inconclusivos, pela anterior evidência dos benefícios da EMS e da EM (Baker *et al.*, 2003; Christofolletti *et al.*, 2007; Christofolletti *et al.*, 2008; Potter *et al.*, 2011; Rolland *et al.*, 2007; Tappen *et al.*, 2000; van Weert *et al.*, 2008), recomenda-se a implementação destas intervenções de forma rotineira na prestação de cuidados. Este resultado tem implicações na necessidade de mudança de práticas de cuidados que, baseadas na filosofia de cuidados centrados na pessoa, podem maximizar e manter as capacidades das pessoas com demência, melhorando a sua qualidade de vida através da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (van Weert *et al.*, 2005a).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer's Disease International. (2009). *World Alzheimer Report 2009*. Retrieved from <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>.

Alzheimer's Disease International. (2012). *World Alzheimer Report 2012 - Overcoming the stigma of dementia*. Retrieved from <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2012>.

Alzheimer Portugal. (2009). *Plano nacional de intervenção Alzheimer - trabalho preparatório para a conferência "Doença de Alzheimer: que políticas"*. Lisboa: Alzheimer Portugal.

APA - American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

APA - American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

APA - American Psychiatric Association (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

Baillon, S., van Diepen, E., & Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 444-450.

Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., . . . Wareing, L. A. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 465-477.

Belgrave, M. J. (2006). *The Effect of Expressive and Instrumental Touch on The Behavior States of Older Adults with Late-Stage Dementia of The Alzheimer's Type and*

Music Therapist's Perceived Rapport (Master dissertation). Retrieved from <http://diginole.lib.fsu.edu/etd/1302/>.

- Berg, A., Sadowski, K., Beyrodt, M., Hanns, S., Zimmermann, M., Langer, G., . . . Behrens, J. (2010). Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 10(1), 5.
- Berr, C., Wancata, J., & Ritchie, K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 463-471.
- Bickel, H. (1996). Need for nursing care by the elderly: results of a population basedretrospective longitudinal study. *Gesundheitswesen*, 58(1 Suppl), 56-62.
- Boustani, M., Peterson, B., Hanson, L., Harris, R., & Lohr, K. N. (2003). Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 138(11), 927-937.
- Brooker, D. (2007). *Person-Centred Dementia Care - Making services better*. Londres e Filadélfia: Jessica Kingsley Publishers.
- Buchanan, J. A., & Fisher, J. E. (2002). Functional assessment and noncontingent reinforcement in the treatment of disruptive vocalization in elderly dementia patients. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 35(1), 99-103.
- Bush, E. (2001). The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults A Holistic Nursing Intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 19(3), 256-270.
- Camp, C. J., Cohen-Mansfield, J., & Capezuti, E. A. (2002). Mental health services in nursing homes: Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia. *Psychiatric Services*, 53(11), 1397-1404.

- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 808-818.
- Carson, S., McDonagh, M. S., & Peterson, K. (2006). A systematic review of the efficacy and safety of atypical antipsychotics in patients with psychological and behavioral symptoms of dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 54(2), 354-361.
- Castro-Caldas, A., & Mendonça, A. d. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Chambers, S. (2003). Use of non-verbal communication skills to improve nursing care. *British Journal of Nursing*, 12(14), 874-878.
- Chao, S.-Y. (2005). A psychoeducational program for nursing staff managing problematic behaviors of elderly nursing home residents in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 18(4), 205-212.
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317-325.
- Christofolletti, G., Olini, M. M., Gobbi, S., & Stella, F. (2007). Effects of motor intervention in elderly patients with dementia: an analysis of randomized controlled trials. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(2), 149-154.
- Christofolletti, G., Olini, M. M., Gobbi, S., Stella, F., Gobbi, L. T. B., & Canineu, P. R. (2008). A controlled clinical trial on the effects of motor intervention on balance and cognition in institutionalized elderly patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 22(7), 618-626.

- Cohen-Mansfield, J. (2004). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2(2), 288-308.
- Coleman, C. K. (2010). *The development and evaluation of an interpersonal person-centered care intervention for geriatric nurse aides* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://soar.wichita.edu/xmlui/handle/10057/3646>.
- Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011a). Cuidar com sentido(s): Guia para cuidadores de pessoas com demência. Universidade de Aveiro, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cruz, J., Marques, A., Barbosa, A. L., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2011b). Effects of a motor and multisensory-based approach on residents with moderate-to-severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26(4), 282-289.
- DeYoung, S., Just, G., & Harrison, R. (2002). Decreasing aggressive, agitated, or disruptive behavior: participation in a behavior management unit. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(6), 22-31.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367.
- Figueiredo, D., Barbosa, A., Cruz, J., Marques, A., & Sousa, L. (2013). Empowering Staff in Dementia Long-Term Care: Towards a More Supportive Approach to Interventions. *Educational Gerontology*, 39(6), 413-427.
- Fleiss, J. L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: John Wiley & Sons Inc.

- Hadley, C., Brown, S., & Smith, A. (1999). Evaluating interventions for people with severe dementia: Using the positive Response Schedule. *Aging & Mental Health*, 3(3), 234-240.
- Hancock, G. A., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2006). The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 43-49.
- Hersch, E. C., & Falzgraf, S. (2007). Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions Aging*, 2(4), 611-621.
- Kindermann, S. S., Dolder, C. R., Bailey, A., Katz, I. R., & Jeste, D. V. (2002). Pharmacological treatment of psychosis and agitation in elderly patients with dementia: four decades of experience. *Drugs Aging*, 19(4), 257-276.
- Kitwood, T. (1996). A dialectical framework for dementia. In R. T. Woods (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of a ageing* (pp. 267-282). Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. New York: Open University Press.
- Knapp, M. L., & Hall, J. A. (2009). *Nonverbal communication in human interaction*. Canada: Wadsworth Publishing Company.
- Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 818-841.
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(02), 295-308.

- Latimer, J., & Meneses, J. T. (2005). *Investigação qualitativa avançada para enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Leitão, O. N. A., & Monteiro, I. (2007). Escala de Deterioração Global. *Escala de Deterioração Global. Tradução e Organização*. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência*. Lisboa: Novartis, 9-13.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- Magai, C., Cohen, C. I., & Gomberg, D. (2002). Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. *International Psychogeriatrics*, 14(1), 25-38.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mayhew, P. A., Acton, G. J., Yauk, S., & Hopkins, B. A. (2001). Communication from individuals with advanced DAT: can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? *Geriatric Nursing*, 22(2), 106-110.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246.
- Potter, R., Ellard, D., Rees, K., & Thorogood, M. (2011). A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1000-1011.
- Rabins, P. V., Blacker, D., Rovner, B. W., Rummans, T., Schneider, L. S., Tariot, P. N., ... & Fochtmann, L. J. (2007). American Psychiatric Association practice guideline for

the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *The American Journal of Psychiatry*, 164(12 Suppl), 5.

Rankin, G., & Stokes, M. (1998). Reliability of assessment tools in rehabilitation: an illustration of appropriate statistical analyses. *Clinical Rehabilitation*, 12(3), 187-199.

Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., . . . Vellas, B. (2007). Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 158-165.

Romero, B., & Wenz, M. (2001). Self-maintenance therapy in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 333-355.

Schneider, J., Hallam, A., Murray, J., Foley, B., Atkin, L., Banerjee, S., . . . Mann, A. (2002). Formal and informal care for people with dementia: factors associated with service receipt. *Aging & Mental Health*, 6(3), 255-265.

Sloane, P. D., Miller, L. L., Mitchell, C. M., Rader, J., Swafford, K., & Hiatt, S. O. (2007). Provision of morning care to nursing home residents with dementia: opportunity for improvement? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22(5), 369-377.

Tappen, R. M., Roach, K. E., Applegate, E. B., & Stowell, P. (2000). Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 14(4), 196.

van Weert, J. C. M., Janssen, B. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Bensing, J. M., & Ribbe, M. W. (2006). Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 656-668.

- van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005a). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse–patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 312-326.
- van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005b). Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 24 - 33.
- van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., & Bensing, J. M. (2008). What factors affect caregiver communication in psychogeriatric care? In A. M. Visser, *Alzheimer's Disease: New Research*, 87-117. New York: Nova Science Publishers.
- Vortherms, R. C. (1991). Clinically improving communication through touch. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(5), 6.
- Wareing, L. A., (2000). *Assessment for Reaching People with Dementia Through Their Senses*. Stirling: Dementia Services Development Centre of the University of Stirling.
- Zaudig, M. (2000). A risk-benefit assessment of risperidone for the treatment of behavioural and psychological symptoms in dementia. *Drug Safety*, 23(3), 183-195.